

du malade et regarder directement dans le petit miroir introduit au fond de la gorge.

Le miroir laryngien de Czermack, légèrement modifié dans sa courbure et sa position, permet d'examiner l'orifice postérieur des fosses nasales (*rhinoscope*), le pharynx (*pharyngoscope*), les replis épiglottiques et la cavité laryngienne (*laryngoscope*).

M. le docteur Labordette (de Lisieux), en 1865, a présenté à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie un *spéculum laryngien* de son invention, dont la valve supérieure, légèrement recourbée, descend plus ou moins profondément dans le pharynx, et supporte un miroir, tandis que la valve inférieure, moins longue, sert d'abaisse-langue. Préalablement plongé dans l'eau chaude, l'instrument est introduit fermé, et aussi rapidement que possible, jusqu'au fond de la gorge; ouvert alors dans toute son étendue, il permet d'apercevoir l'image du larynx sur le miroir terminal de la valve supérieure. Il n'exige pas l'emploi de la lumière artificielle, et il est généralement bien supporté par les sujets, auxquels il con-

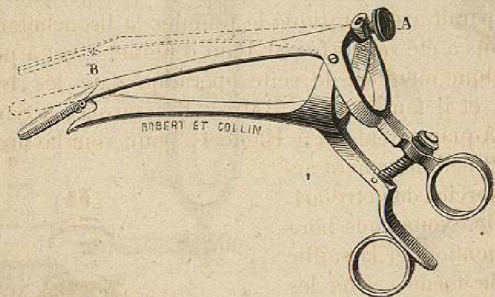


Fig. 543.

vient de recommander de respirer largement. Quelques modifications y ont été apportées dans le but de le rendre moins lourd et moins volumineux (*fig. 543*); de plus, un bouton A permet d'incliner plus ou moins le miroir, articulé à charnière B, sur la valve qui le supporte: bon instrument d'exploration, il se prête moins bien aux opérations que le laryngoscope de Czermak, les instruments, nécessairement coudés pour agir sur le larynx, passant difficilement entre les valves.

L'homme de l'art possède ainsi de nouveaux et puissants éléments de diagnostic pour les affections de l'arrière-bouche, et nous verrons quel parti on en a tiré pour l'étude des polypes du larynx.

## BRONCHOTOMIE.

On donne le nom de *bronchotomie* aux opérations par lesquelles le canal aérien est ouvert dans la région du col.

On compte quatre espèces de bronchotomie: 1<sup>o</sup> la trachéotomie, qui se pratique sur les premiers anneaux de la trachée; 2<sup>o</sup> la trachéo-laryngotomie, dans laquelle le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée sont divisés simultanément; 3<sup>o</sup> la laryngotomie, comprenant la laryngotomie thyroïdienne, quand le cartilage thyroïde est seul intéressé, et la laryngotomie crico-thyroïdienne, lorsque l'incision porte seulement sur la membrane de ce nom; enfin 4<sup>o</sup> la bronchotomie sus-laryngienne ou hyoïdienne, dans le cas où l'on traverse la membrane thyro-hyoïdienne.

*Historique.* La bronchotomie est attribuée par Galien à Asclépiade, qui vivait au commencement du premier siècle de notre ère. Hippocrate avait seulement conseillé le cathétérisme laryngien. Anthyllus paraît avoir pratiqué le premier la bronchotomie, et son procédé nous a été rapporté par Paul d'Égine. C'est à peine si l'on trouve quelque mention de cette opération dans les *Arabes* et les *Arabistes*, et il faut arriver à Musa Brassavola, à Sanctorius, à Fabrice d'Aquapendente et à Habicot, pour voir la bronchotomie appréciée et définitivement acquise à l'exercice de notre art.

*Anatomie.* Nous nous bornerons à mentionner la saillie considérable formée sous les téguments par le cartilage thyroïde *a* (*fig. 544*), nommée communément *pomme d'Adam*, beaucoup plus marquée chez les hommes que sur les femmes et les enfants, et qui offre un point de repère assez important. La trachée *d* est proportionnellement plus courte chez l'adulte qu'à un âge moins avancé de la vie. Le cartilage thyroïde est sujet à s'ossifier chez les hommes d'un âge mûr et chez les vieillards. La membrane crico-thyroïdienne, trop étroite pour recevoir une canule respiratoire d'un diamètre suffisant, est parcourue transversalement par une petite branche artérielle *g*. Le

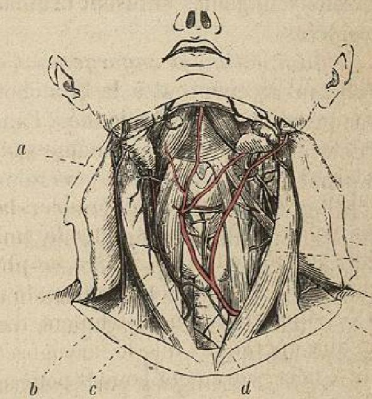


Fig. 544.

corps thyroïde *c* embrasse la partie supérieure de la trachée par une bandelette transversale *b* : *isthme de la glande thyroïde*. La membrane muqueuse est tellement adhérente à la face interne du canal aérien dans la région du cou, que l'on comprend difficilement que Dupuytren et Fiseau aient pu la décoller et introduire une canule entre elle et les anneaux cartilagineux de la trachée. L'erreur serait plus admissible, si l'on supposait l'instrument porté entre la trachée et les muscles superposés. Enfin, il peut exister sur la ligne médiane une petite artère thyroïdienne, décrite pour la première fois en 1772 par Neubauer. On a observé deux troncs brachio-céphaliques, l'un à droite, et l'autre à gauche. Burns a vu cinq fois le tronc innominé s'élever à 0<sup>m</sup>,06 au-dessus du sternum, et une fois atteindre le bord du corps thyroïde. La carotide gauche a été trouvée naissant du tronc brachio-céphalique et croisant la partie inférieure de la trachée. Ces anomalies dangereuses doivent être présentes à l'esprit du chirurgien.

*Indications opératoires.* Toutes les affections laryngées ou sus-laryngées, capables de causer l'asphyxie, sont des indications de bronchotomie; nous les passerons en revue.

*Tuméfaction de la langue.* On lit dans les *Archives générales de médecine* l'observation d'un marchand de vipères, dont la langue, mordue par un de ces animaux, devint si énorme, qu'il eût péri d'asphyxie s'il n'eût pas subi la bronchotomie. De profondes incisions linguales suffisent ordinairement à la guérison de pareils accidents.

*Inflammation et engorgement des amygdales.* Shaw, Flajani, Pelletan recoururent à la bronchotomie dans des cas de ce genre. Des instruments perfectionnés, l'anesthésie permettent aujourd'hui d'enlever les amygdales, même sur les sujets les plus indociles, et la bronchotomie peut être généralement évitée.

*Polypes du pharynx.* Lenoir, dans son excellente thèse de concours sur la bronchotomie, rapporte avoir vu à l'Hôtel-Dieu un polype du pharynx, précédemment lié, tomber sur l'ouverture du larynx et déterminer la suffocation du malade.

Les abcès rétro-pharyngiens méconnus peuvent devenir une cause d'asphyxie.

Les corps étrangers portés dans le pharynx sont dans le même cas. Habicot, si souvent cité à cette occasion, sauva un malade qui allait expirer pour avoir avalé un nouet de linge, dans lequel il avait enveloppé quelques pièces d'or, dans la crainte d'être volé. Le nouet s'était arrêté au niveau du larynx et étouffait l'imprudent.

*Plaies pénétrantes du cou.* Sabatier, Larrey etc. ont pratiqué la

bronchotomie à la suite de plaies du cou par armes blanches ou par armes à feu.

*Tétanos.* Brown-Séguard a attribué la mort des tétaniques au spasme du larynx et conseillé la bronchotomie. Nous avons fait cette opération sans que la marche fatale du tétanos en eût été modifiée.

*Emphysème du cou.* Cet accident, dont on trouve des exemples dans Paré, Burns, et dans l'*Encyclopédie méthodique*, est capable d'amener la mort par suffocation; la bronchotomie serait une ressource à essayer.

*Tumeurs du cou.* On a vu des tumeurs cancéreuses ou scrofuleuses, des kystes, un goitre, des anévrysmes situés au cou, faire périr les malades par asphyxie; dans quelques cas, la bronchotomie serait précieuse pour prolonger ou sauver la vie.

*Croup.* Cette affection si grave et si fréquemment mortelle réclame-t-elle la bronchotomie? La question semble encore indécise. L'ouverture des voies aériennes est inutile quand les fausses membranes ont envahi les ramifications bronchiques, et cette opération n'est réellement applicable qu'aux cas où la pseudo-membrane est bornée au larynx, à la trachée et aux premières bronches. La bronchotomie en elle-même ne modifie en rien la nature du mal, elle offre seulement à l'air une entrée plus libre. On a compté à diverses époques des partisans enthousiastes de la bronchotomie dans le croup, et l'on en a cité quelques réussites plus ou moins retentissantes. Mais les revers sont si nombreux que beaucoup de chirurgiens n'hésitent pas à condamner l'opération et se refusent à la pratiquer.

Nous avons vu faire et nous avons fait un grand nombre de bronchotomies dans des cas de croup, et nous sommes restés convaincus que cette opération a souvent causé la mort d'enfants qui eussent peut-être guéri si on les avait abandonnés à la marche naturelle de leur affection. Nous avons entendu des chirurgiens annoncer que la bronchotomie est l'unique et dernière chance de salut! les parents refusaient l'opération, et les petits malades rendaient des fausses membranes et guérissaient.

Il est incontestable que l'ouverture du larynx ou de la trachée n'arrête pas le croup, et il est tout aussi évident que la bronchotomie n'est pas sans danger, en raison du traumatisme qu'elle produit et de l'irritation déterminée par la présence de la canule. Les malades peuvent rester aphones, conserver indéfiniment une fistule trachéale ou être astreints à porter toute leur vie une canule, et ce ne sont pas là des accidents à méconnaître ni à oublier. Le précepte d'opérer de bonne heure ne nous semble pas acceptable, parce qu'en cas de mort on n'est pas certain de ne pas avoir contribué à cette